

Reitsport

Antragsnummer:

Zu versichernde Person:

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

1. Welche Reitsportarten üben Sie als Amateur aus?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reiten | <input type="checkbox"/> Springreiten | <input type="checkbox"/> Rennreiten |
| <input type="checkbox"/> Trabrennfahren | <input type="checkbox"/> Hindernisrennen | <input type="checkbox"/> Dressurreiten |
| <input type="checkbox"/> Polo | <input type="checkbox"/> Military | <input type="checkbox"/> sonstige: |

2. Benötigen Sie zur Ausübung Ihrer sportlichen Betätigung eine Lizenz?

- ja nein

Wenn ja, welche?

3. Nehmen Sie aktiv an Wettbewerben teil. Wenn ja, wie oft pro Jahr?

- | | | |
|---|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> Springturniere | | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Dressurturniere | | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Galopprennen / Flachbahn | | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Trabrennen | | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Hindernisrennen | | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> Vielseitigkeitsprüfungen (z.B. Military) | | pro Jahr |
| <input type="checkbox"/> andere reitsportliche Wettkämpfe: | | pro Jahr |

4. Haben Sie bei der Ausübung Ihrer reitsportlichen Betätigung Verletzungen oder Unfälle erlitten?

- ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte Art, Zeitpunkt, Behandlung, Dauer und Folgen der Verletzung(en) bzw. des Unfalls/der Unfälle an:

.....

.....

.....

.....

5. Bewirken diese Folgen eine Minderung Ihrer beruflichen Leistung?

- ja nein

Wenn ja, machen Sie bitte Angaben über den Grad Ihrer beruflichen Behinderung:

Vorstehende Fragen zum Risiko bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse richtig und vollständig zu beantworten. Für deren richtige und vollständige Beantwortung sind Sie auch dann alleine verantwortlich, wenn deren Beantwortung durch eine andere Person erfolgt.

Bei unvollständiger oder unrichtiger Beantwortung können wir je nach den Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder unter Umständen auch eine rückwirkende Vertragsanpassung (Ausschluss des Risikos oder Anhebung der Prämie) verlangen. Dadurch kann es zum vollständigen oder teilweisen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen, so dass unsere Leistungspflicht in einem solchen Fall ganz oder teilweise entfällt.

Diese Fragen und Ihre Antworten sind Bestandteil des Antrages.

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift der zu versichernden Person)